



Coordination of Benefits (COB)
PO Box 3248
Omaha, Nebraska 68180-0001
Omaha 402-390-1840
Toll Free 800-462-2924
Omaha Fax 402-392-4126

Número de ID:
OC COQ

Estimado(a)

En Blue Cross and Blue Shield of Nebraska tenemos el agrado de brindarle su cobertura de atención médica.

Su cobertura contiene una disposición de Coordinación de Beneficios (COB por sus siglas en inglés). Esta disposición se aplica cuando hay más de un plan de seguro que le ofrece beneficios a usted y/o a sus familiares cubiertos. Así que para atenderle mejor, necesitamos información adicional. **Complete este cuestionario y envíenoslo en el sobre de respuesta adjunto dentro de los próximos 30 días.**

Como miembro asegurado, usted es:

Empleado(a) Desempleado Jubilado Fecha de jubilación: _____

Su cónyuge es:

Empleado(a) Desempleado(a) Jubilado Fecha de jubilación: _____

Si usted, su cónyuge o sus hijos dependientes tienen otra cobertura médica, dental o Medicare, complete la(s) sección(es) correspondiente(s) de la página 2 de este formulario.

Si no hay otro seguro, marque la siguiente casilla.

No Nosotros/yo no tengo (tenemos) otro seguro médico/dental o cobertura de Medicare. **(Firme y envíe este formulario.)**

Certifico que la información que he suministrado es exacta a mi leal saber y entender.

Firma _____ Fecha _____

Teléfono de casa _____ Teléfono del trabajo _____

En caso de tener dudas sobre este formulario, llame a nuestro Departamento de Coordinación de Beneficios a uno de los números de teléfono que se muestran en la parte superior de esta carta.

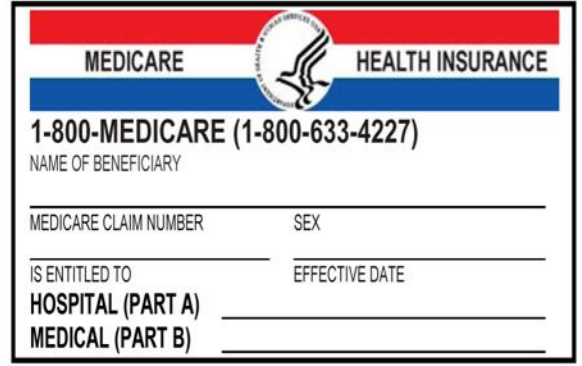
Gracias por su confianza.

Sección I – Información de Medicare



MEDICARE HEALTH INSURANCE
 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
 NAME OF BENEFICIARY _____
 MEDICARE CLAIM NUMBER _____ SEX _____
 IS ENTITLED TO _____ EFFECTIVE DATE _____
 HOSPITAL (PART A) _____
 MEDICAL (PART B) _____

Ingrese toda la información tal y como aparece en su tarjeta de Medicare por CADA UNA de las personas cubiertas.



MEDICARE HEALTH INSURANCE
 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
 NAME OF BENEFICIARY _____
 MEDICARE CLAIM NUMBER _____ SEX _____
 IS ENTITLED TO _____ EFFECTIVE DATE _____
 HOSPITAL (PART A) _____
 MEDICAL (PART B) _____

Tengo Medicare porque:
 Tengo 65 años o más Soy discapacitado
 Tengo insuficiencia renal crónica terminal (ESRD)
 Soy: Empleado activo Discapacitado
 Jubilado Fecha de jubilación: _____

Tengo Medicare porque:
 Tengo 65 años o más Soy discapacitado
 Tengo insuficiencia renal crónica terminal (ESRD)
 Soy: Empleado activo Discapacitado
 Jubilado Fecha de jubilación: _____

Cobertura de medicamentos de la parte D de Medicare: Sí No
 Si la respuesta es sí, nombre de la aseguradora de la parte D: _____ Número de teléfono: _____

Sección II – Otra información sobre su seguro

Nombre del asegurado (nombre y apellido) _____ Fecha de nacimiento _____ Número de identificación de otro seguro _____

Nombre del empleador _____ Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Nombre de otra aseguradora _____ Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Tipo de cobertura(s):
 Hospital Médico/Médica Medicamento recetado Dental Fecha efectiva: _____

TriCare para miembros en servicio activo:
 Fecha opción Estándar: _____ Fecha opción Prime: _____ Fecha de jubilación: _____

Tipo de cobertura: Individual Número del seguro social de la familia asegurada: _____

Miembro cubierto por este plan	Relación	Fecha de nacimiento
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Información de custodia infantil

Las disposiciones en materia de seguros estipulan el plan de salud que procesará primero los reclamos cuando se coordinen los beneficios para los hijos dependientes cuyos padres estén divorciados, legalmente separados o que nunca se hayan casado. Una orden judicial podría cambiar quien cubre el seguro principal.

¿A cuál de los padres ha ordenado el tribunal que proporcione seguro? _____

Incluya una copia de la orden judicial en caso de que no la hayamos recibido anteriormente.

¿Quién tiene la custodia del hijo(s)? _____